



Tree of Life International Charter School

[www .treeoflife.school](http://www.treeoflife.school)

530.378.7040

office@treeoflife.school

Enrollment information / Información de Matriculación:

To enroll for TK - 8th Grade please bring / Para matricular a su estudiante por favor traiga lo siguiente:

1. Student's Birth Certificate or Passport / Certificado de Nacimiento o pasaporte del estudiante.
2. Student's Immunization Records / Comprobante de vacunas del estudiante.
3. Two proofs of Residency (ie. Phone bill, PG&E bill, REU bill, etc...) / Dos comprobantes de residencia (ejemplo: Recibo del teléfono, de la luz, del gas, etc...)
4. Picture ID of Parent / Identificación con foto del padre.

**APPLICATION MUST BE COMPLETED
TO BE IN OUR ENROLLMENT LOTTERY.
LA APLICACIÓN DEBE ESTAR
COMPLETADA PARA PODER SER
PARTE DE NUESTRA LOTERÍA DE
MATRICULACIÓN**

TREE OF LIFE INTERNATIONAL CHARTER SCHOOL

19415 Jacqueline ST, Anderson, CA 96007 Phone: 530 378 7040

USE LEGAL NAME (from birth certificate) *NOMBRE LEGAL (del acta de nacimiento)*

Student Last Name *Apellido del estudiante*

First Name *Nombre*

Middle Name *Segundo Nombre*

Birthdate *Fecha del nacimiento*

☐ M ☐ F

Gender *Genero*

Grade *Grado*

Main Phone # *teléfono principal*

Residence Address *Dirección de residencia*

City *Ciudad*

State *Estado*

ZIP *código postal*

Mailing Address *Dirección de envío*

City *Ciudad*

State *Estado*

ZIP *código postal*

INFORMATION ON SCHOOL CHILD LAST ATTENDED

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA QUE ATENDIO ANTERIORMENTE

School name *Nombre de escuela*

Address *Dirección*

City *Ciudad*

State *Estado*

ZIP *código postal*

School Phone *Teléfono de la escuela*

School Fax *Escuela Fax*

SPECIAL SERVICES *Servicios especiales*

Has your child received special services?

YES NO

¿Ha recibido su hijo servicios especiales ? Sí NO

Special Ed *Educación especial*

Other *Otro*

☐ IEP or 504
☐ IEP o 504

☐ Special Day Class (SDC)
Clase de Día Especial (SDC)

☐ Speech/Language
Habla / Lenguaje

☐ Resource (RSP)
Recurso (RSP)

☐ Gifted (GATE)
Dotado (GATE)

☐ Intervention (reading/math)
Intervención (Leyendo/mates)

☐ Counseling
Asesoramiento

☐ ELD
Desarrollo del idioma inglés

☐ Attended CUESD Preschool
Asistió a CUESD Preescolar

ETHNICITY with which the student most closely identifies

ÉTNICA con la que el estudiante más estrechamente identifica

☐ Hispanic/Latino – Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race
Hispano/Latino – cubano, mexicano, puertorriqueño, sur o Centroamericano, u otra cultura o origen español, independientemente de la raza

☐ Not Hispanic or Latino
No hispano o Latino

RACE RAZA: Check up to 5 categories to indicate what you consider your race to be. *Seleccione hasta 5 categorías para indicar lo que consideras tu raza.*

- ☐ American Indian or Alaskan Native (100) *Indio americano o nativo de Alaska*
(Person having origins in any of the original people of North, South, or Central America)
- ☐ Chinese (201) *Chino*
- ☐ Japanese (202) *Japonés*
- ☐ Korean (203) *Coreano*
- ☐ Vietnamese (204) *Vietnamita*
- ☐ Asian Indian (205) *Asiático Indio*
- ☐ Laotian (206) *Laosiano*
- ☐ Cambodian (207) *Camboyano*
- ☐ Hmong (208) *Hmong*
- ☐ Other Asian (299) *Otro Asiático*
- ☐ Hawaiian (301) *Hawaiano*
- ☐ Guamanian (302) *Guamanio*
- ☐ Samoan (303) *Samoano*
- ☐ Tahitian (304) *Tahitiano*
- ☐ Other Pacific Islander (399) *Otros Isleño del pacifico*
- ☐ African American or Black (600) *Afroamericano o negro*
- ☐ White (700) *Blanco*
(Person having origins in any of the original people of Europe, No. Africa, or the Middle East)

IN STUDENT'S HOME, ARE LANGUAGES SPOKEN OTHER THAN ENGLISH? ¿en el hogar de los estudiantes, se hablan otros idiomas aparte del inglés?

☐ YES *Sí*
☐ NO *No*

If YES, what language and what family members?
Si es así, ¿qué idioma y qué miembros de la familia?

PARENT/GUARDIAN INFORMATION Información del Padre / TutorMother/Guardian Name (Last, first) *Madre/Tutor (Apellido, Nombre)*Father/Guardian (Last, first) *Padre/Tutor (Apellido, Nombre)*Mother/Guardian Residence *Residencia de la madre/tutor*Father/Guardian Residence *Residencia del padre/tutor*Mailing Address *Dirección de envío*Mailing Address *Dirección de envío*Mother/Guardian email *Correo electrónico de la madre/tutor*Father/Guardian email *Correo electrónico del padre/tutor*Mother/Guardian primary phone *Telefono principal de la madre/tutor*Father/Guardian primary phone *Telefono principal del padre/tutor*Mother/Guardian Employer *Empleador de la madre/tutor*Father/Guardian Employer *Empleador del padre/tutor*Mother/Guardian Work Phone *Telefono del trabajo de la madre/tutor*Father/Guardian Work Phone *Telefono del trabajo del padre/tutor*

WITH WHICH ADULTS DOES THE STUDENT LIVE? *¿Con qué adultos vive el estudiante?* ☐ Shared custody *Custodia compartida*
☐ Father *Padre* ☐ Mother *Madre* ☐ Step-father *Padrastra* ☐ Step-mother *Madrastra* ☐ Guardian *Tutor* ☐ Other *Otro*

EDUCATION LEVEL NIVEL DE EDUCACIÓN

Please check the highest educational level for parent/guardian below: *Por favor, seleccione el nivel educativo apropiado para el padre/tutor a continuación:*

Father *Padre* Mother *Madre*

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ☐ | ☐ | Non high school graduate <i>No graduado de preparatoria</i> |
| ☐ | ☐ | High school graduate <i>Graduado de preparatoria</i> |
| ☐ | ☐ | Some college (includes AA) <i>Un poco de Universidad (incl. AA)</i> |
| ☐ | ☐ | College graduate <i>Graduado de la Universidad</i> |
| ☐ | ☐ | Post-Grad/Higher <i>Escuela de posgrado/ formación post grado</i> |
| ☐ | ☐ | Decline to state <i>Declinar declara</i> |

LEGAL ALERT ALERTA LEGAL

- ☐ **YES SÍ** Are there any court proceedings pertaining to your child? *¿Hay algún documento judicial relacionado con su hijo?*
- ☐ **NO NO**

- ☐ Restraining order *Orden de restricción* **IF YES, provide a copy of court documents. En caso afirmativo, proporcione copia de los documentos de la corte.**
- ☐ Custody order *Orden de custodia*
- ☐ Adoption *Adopción*
- ☐ Name change *Cambio de nombre*
- ☐ Other *Otro* _____

EFFECTIVE DATE OF COURT DOCUMENT/S: _____
FECHA EFECTIVA: _____

MILITARY SERVICE SERVICIO MILITAR

Is either parent/guardian on active duty in the US Armed Forces or on full-time National Guard duty? ☐ YES ☐ NO
¿Esta el padre/tutor en servicio activo en las fuerzas armadas de los e.e.u.u. o en deber de la Guardia Nacional a tiempo completo? ☐ SÍ ☐ NO

I certify that my son/daughter is NOT currently under expulsion or disciplinary action from another public school or district in the State of California. If your child has been expelled from a public school or district in the last 3 years, provide a copy of the expulsion order and the release to return to public schools.

Certifico que mi hijo no está bajo la expulsión o sanción de otra escuela pública o distrito en el estado de California. Si su hijo ha sido expulsado de una escuela pública o distrito en los últimos 3 años, proporcione una copia de la orden de expulsión y el comunicado para volver a las escuelas públicas.

**FORM CONTINUES
ON NEXT PAGE**

Parent/Guardian Signature *Firma del Padre/Tutor*Date *Fecha*

OFFICE USE ONLY: Date Entered _____ Teacher _____ Grade _____ Bus Stop AM _____ Bus Stop PM _____
Birth Verification: Birth cert/other _____ Shots confirmed YES NO Kinder dental YES NO 1st grade physical YES NO Lunch app YES NO
INTRADISTRICT YES NO School _____ INTERDISTRICT YES NO School _____ ID# _____



HOME LANGUAGE SURVEY *Encuesta Sobre Idiomas en el Hogar*

NOTE: If a language other than English is indicated in Questions 1, 2, 3, or 4, your child must be tested for English Proficiency. *Nota: Si se indica un idioma distinto del inglés en las preguntas 1, 2, 3 o 4, su niño deberá ser evaluado en el dominio del idioma inglés.*

Student's Last Name *Apellido del estudiante* First Name *Nombre* Birthplace *Lugar de nacimiento* Grade *Grado* Age *Edad*

Please refer to LIST OF LANGUAGES (below right) *Por favor refiérase a la lista de idiomas (a la derecha)*

1. Which language did your child learn when he/she first began to talk?

¿Idioma que su hijo aprendió a hablar cuando comenzó a hablar?

2. What language does your child most frequently use at home?

¿Que idioma usa mas frecuentemente su hijo/a en casa?

3. What language do you most frequently use to speak to your child?

¿Que idioma usa más frecuentemente para hablar con su hijo?

4. What is the language most often spoken by the adults at home?

¿Cuál es el idioma más hablado por los adultos en el hogar?

Date *Fecha* Parent/Guardian Signature *Firma del Tutor*

If a language OTHER THAN ENGLISH is indicated in any box above, please complete the remainder of this form. *Si cualquier otro idioma que no sea el inglés se indico arriba, por favor complete el resto de este forma.*

5. Does your child (choose all that apply):

¿Su hijo / a (Elija todas las que apliquen):

☐ YES *SÍ* ☐ NO *NO* Understand in that language?

Entiende en ese idioma?

☐ YES *SÍ* ☐ NO *NO* Speak in that language?

Habla en ese idioma?

☐ YES *SÍ* ☐ NO *NO* Read in that language?

Lee en ese idioma?

☐ YES *SÍ* ☐ NO *NO* Write in that language?

Escribe en ese idioma?

6. How many years of INSTRUCTION has your child had in a language other than English? *¿Cuántos años de instrucción ha tenido su hijo en un idioma diferente al inglés?*

7. Did your child attend school in another country?

¿Su hijo/a asistió a la escuela en otro país? ☐ YES *SÍ* ☐ NO *NO*

8. On what date did your child first enroll: in a United States School?

¿En que la fecha su hijo se inscribió por primera vez en

In a U.S. school? In a California school?

una escuela de los Estados Unidos? una escuela de los California?

Date *Fecha*

Date *Fecha*

Grade level first enrolled: *¿Cuál es el nivel de grado en que su hijo se inscribió por primera vez en una escuela de los Estados Unidos?*

Grade *Grado*

LIST OF LANGUAGES *Lista De Idiomas*

Code <i>Código</i>	Language <i>Idioma</i>	Code <i>Código</i>	Language <i>Idioma</i>
56	Albanian <i>Albanés</i>	64	Marathi <i>Maratí</i>
11	Arabic <i>Arabe</i>	48	Marshalese
12	Armenian <i>Armenio</i>		<i>Marshallese</i>
42	Assyrian <i>Asirio</i>	44	Mien (Yao)
61	Bengali <i>Bengalí</i>	49	Mixteco
13	Burmese <i>Birmano</i>	40	Pasto
03	Cantonese <i>Cantonés</i>	41	Polish <i>Polaco</i>
36	Cebuano (Visayan)	06	Portugese
54	Chaldean <i>Caldeo</i>		<i>Portugés</i>
20	Chamorro (Guamanian)	28	Punjabi
39	Chaozhou (Chiuchow)	45	Rumanian
15	Dutch <i>Holandés</i>		<i>Rumano</i>
00	English <i>Inglés</i>	29	Russian <i>Ruso</i>
16	Farsi (Persian) <i>Persa</i>	30	Samoan
05	Filipino (Pilipino or Tagalog)		<i>Samoano</i>
17	French <i>Francés</i>	52	Serbo-Croatian
18	German <i>Alemán</i>		<i>Serbocroata</i>
19	Greek <i>Griego</i>		(Bosnian,
43	Hebrew <i>Hebreo</i>		Croatian, Serbian)
21	Hmong	60	Somali <i>Somalí</i>
22	Hungarian <i>Húngaro</i>	01	Spanish <i>Español</i>
23	Ilocano	46	Taiwanese
24	Indonesian <i>Indonesio</i>		<i>Taiwanés</i>
25	Italian <i>Italiano</i>	63	Tamil
26	Japanese <i>Japonés</i>	62	Telugu
27	Kannada	32	Thai <i>Tailandés</i>
08	Khmer (Cambodian)	57	Tigrinya
65	Khmu	53	Toishanese
09	Korean <i>Coreano</i>	34	Tongan <i>Tonga</i>
50	Kurdish (Kurdi,	33	Turkish <i>Turco</i>
04	Kurmanji) <i>Kurdo</i>	38	Ukranian <i>Ucranio</i>
51	Lao	35	Urdu
	Mandarin <i>Mandarín</i>	02	Vietnamese
47	(Putonghua)		<i>Vietnamita</i>
10		99	All other non-
07			English languages
			<i>Todos los demás</i>
			<i>idiomas no</i>
			<i>ingleses</i>

STUDENT HOUSING QUESTIONNAIRE

Cuestionario de Vivienda Estudiantil

19415 Jacqueline ST, Anderson, CA 96007

Phone: 530 378 7040



Please list ALL children in the family on this form. Return to school registration office within 14 days.

Por favor haga una lista de todos los niños de la familia en este formulario. Por favor devuelva a la oficina de registro de la escuela dentro de 14 días.

Student Last Name *Apellido del estudiante*

First Name *Nombre*

Middle Name *Segundo Nombre*

School *Escuela*

Grade *Grado*

Date of Birth *Fecha de Nacimiento*

Age *Edad*

Answers to the following questions assist in determining the services for which the student may be eligible to receive under the McKinney-Vento Act 42 USC 11435. *Las respuestas a las siguientes preguntas ayudan a determinar los servicios para los cuales el estudiante puede ser elegible a recibir bajo la Ley McKinney-Vento 42 USC 11435.*

1. Is this student's home address a temporary living arrangement, other than rental?

¿Es la dirección de este estudiante un arreglo de vida temporal, aparte del alquiler?

YES *SÍ*

NO *NO*

☐☐

2. Is this a temporary living arrangement due to a loss of housing or economic hardship?

¿Es esto un arreglo de vida temporal debido a una pérdida de vivienda o dificultades económicas?

YES *SÍ*

NO *NO*

☐☐

3. Is this student in a temporary foster care placement or awaiting foster care?

¿Está este estudiante en una colocación temporal de cuidado de crianza o en espera de cuidado de crianza temporal?

YES *SÍ*

NO *NO*

☐☐

4. As a student, are you living with someone other than your parent or legal guardian?

Como estudiante, ¿vive con alguien que no sea su padre o tutor legal?

YES *SÍ*

NO *NO*

☐☐

OTHER CHILDREN LIVING IN THE HOME: OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR:

Name *Nombre*

School *Escuela*

If you answered YES to any of the 4 questions above, please answer the following.

Si contestó SÍ a cualquiera de las 4 preguntas anteriores, por favor conteste lo siguiente.

Where is this student currently living? ¿Dónde vive el alumno actualmente?

☐ In a motel *En un motel*

☐ In a shelter *En un albergue*

☐ With more than one family in a house or apartment *Con más de una familia en una casa o apartamento*

☐ Moving from place to place *Moviéndose de un lugar a otro*

☐ In a location not designed for sleeping accommodations such as a car, park, or campsite

En un lugar no diseñado para dormir como un coche, parque o acampando.

☐ Traditional housing (through community agency) *Vivienda tradicional (a través de una agencia de la comunidad)*

☐ Awaiting Foster Care Placement *En espera de colocación de cuidado adoptivo*

Address of Current Residence OR *Dirección de residencia actual o*

Phone/Contact Number *Teléfono/número de contacto*

Motel Name/Shelter of Current Residence OR *Motel/refugio de residencia actual o*

Contact Name *Nombre de contacto*

Name of "General Area" of Current Residence OR *Nombre de zona de residencia*

Printed Name of Parent/Legal Guardian (or unaccompanied youth)
Nombre impreso del padre o Tutor Legal (o jóvenes no acompañados)

Parent/Guardian Signature
Firma del Padre/Tutor (o jóvenes no acompañados)

Date
Fecha



TREE OF LIFE INTERNATIONAL CHARTER SCHOOL
EMERGENCY CONTACT INFORMATION
Información de Contacto en Caso Emergencia

It is the parent's responsibility to notify the school of any changes in the Emergency Contact Information.

Student Last Name *Apellido del estudiante* First Name *Nombre* Middle *Segundo Nombre* Birthdate *Fecha del nacimiento*
Gender *Genero* Main Phone *Teléfono principal* Teacher *Maestro* Grade *Grado*

Student's Physical Street Address *Dirección de residencia* City *Ciudad* Zip Code *Código postal*

Student's Mailing Address *Dirección de envío* City *Ciudad* Zip Code *Código postal*

Interpreter Needed for [language] *Necesita un Intérprete [idioma]* Preferred interpreter name/phone *Teléfono o nombre de intérprete preferido*

Es responsabilidad de los padres para notificar a la escuela de cualquier cambio en la informacion de contacto de emergencia.

PARENTS/GUARDIANS PADRES/GUARDIANES

Child lives with ☐ Father ☐ Mother ☐ Other
Niño vive con Padre Madre Otro

Parent/Guardian Name *Nombre del Padre/Tutor*

Parent/Guardian Name *Nombre de la Madre/Tutor*

Relationship *Relación* Birthdate *Fecha del nacimiento*

Relationship *Relación* Birthdate *Fecha del nacimiento*

Address *Dirección*

Address *Dirección*

City *Ciudad*

State *Estado*

Zip *Codigo postal*

City *Ciudad*

State *Estado*

Zip *Codigo postal*

Place of Employment *Lugar de empleo*

Place of Employment *Lugar de empleo*

Work/Cell Phone *Trabajo/Celular*

Work/Cell Phone *Trabajo/Celular*

Email address *Dirección de correo electrónico*

Email address *Dirección de correo electrónico*

In case parent cannot be reached, permission is given to release the student to the persons listed below.

En caso de no llegar a contactar a los padres, se da permiso para dejar ir al estudiante con las personas que se enumeran a continuación.

Name *Nombre*

Relationship *Relación*

Main Phone *Telefono principal*

Work/Cell *Trabajo/Celular*

Name *Nombre*

Relationship *Relación*

Main Phone *Telefono principal*

Work/Cell *Trabajo/Celular*

Name *Nombre*

Relationship *Relación*

Main Phone *Telefono principal*

Work/Cell *Trabajo/Celular*

Name *Nombre*

Relationship *Relación*

Main Phone *Telefono principal*

Work/Cell *Trabajo/Celular*

FORM CONTINUES ON NEXT PAGE

If your child goes to a daycare center/babysitter before or after school, please provide their information here:

Si su hijo va a un centro de guardería/niñera antes o después de la escuela, proporcione su información aquí:

Name Nombre

Address Dirección

Phone Teléfono

List all brothers and sisters under age 18. Lista de todos los hermanos y hermanas menores de 18 años.

Name Nombre

Gender Género

Birthdate Fecha de nacimiento

School Escuela

STUDENT'S HEALTH CONDITIONS CONDICIONES DE SALUD DEL ESTUDIANTE

☐ Asthma Asma ☐ Epilepsy Epilepsia ☐ Diabetes Diabetes ☐ Heart Condition Problemas Cardiacos ☐ Seizures Convulsiones

☐ Allergy, foods alergia, alimentos

☐ Allergy, other than food Alergia, distintos a los alimentos ☐ Operation, serious injury, or illness operación, lesión grave o enfermedad

☐ Other otros _____

Details Mas detalles: _____

☐ YES Sí ☐ NO NO Does your child take medication regularly? If so, what kind? _____

¿Su niño toma medicamentos regularmente? Si es así, ¿de qué clase? _____

☐ YES Sí ☐ NO NO Does your child have a speech problem? If so, explain. _____

¿Su hijo tiene un problema de habla? Si es así, explique. _____

☐ YES Sí ☐ NO NO Does your child have an ear problem? If so, explain. _____

¿Su hijo tiene un problema de oído? Si es así, explique. _____

☐ YES Sí ☐ NO NO Does your child have a physical handicap? If so, explain. _____

¿Su hijo tiene una discapacidad física? Si es así, explique. _____

☐ YES Sí ☐ NO NO Does your child have an eye problem? If so, explain. _____

¿Su hijo tiene un problema de ojos? Si es así, explique. _____

Doctor Médico

Phone Teléfono

Dentist Dentista

Phone Teléfono

Hospital Preference Hospital de preferencia

Medical Insurance Company/Group Policy # Compañía de Seguros Médicos / Política de Grupo #

We will ALWAYS try to contact parents and the above listed names before a student will be transported for emergency medical treatment.

Siempre intentaremos entrar en contacto con los padres y los nombres mencionados arriba antes de que un estudiante se transporte para tratamiento médico de emergencia.

PLEASE CHECK ONE BOX AND SIGN BELOW. POR FAVOR, SELECCIONE UNA CAJA Y FIRME ABAJO.

☐ I do NOT wish to have medical care secured for my child because of religious/personal beliefs. Explain: _____
NO quiero tener atención médica asegurada para mi hijo debido a sus creencias religiosas personales. Explicar: _____

☐ I hereby authorize the staff of TREE OF LIFE INTERNATIONAL CHARTER SCHOOL to secure and sign for emergency medical care for my child at my expense, when necessary, and give my consent to release relevant health information pertaining to my child to school personnel who will be providing educational and safety services for my child during school related activities.
Por la presente autorizo al personal del distrito escolar primario de Cascade de asegurar y firmar para atención médica de emergencia para mi hijo a mi cargo, cuando sea necesario y doy mi consentimiento para revelar información de salud relevante referente a mi hijo al personal de la escuela que va a proporcionar la educación y la seguridad de servicios para mi hijo en la escuela de las actividades relacionadas.

According to appropriate grade level schedules, all children will receive vision, hearing, dental, scoliosis, and speech and language screening. You have the right to refuse these services for your child. Unless you notify the office in writing, your child will be screened at no expense to you.

Según horarios del nivel de grado apropiado, todos los niños recibirán un chequeo de la visión, audición, dental, escoliosis y expresión y el habla. Usted tiene el derecho a rechazar estos servicios para su hijo. A menos que usted notifique a la oficina por escrito, el chequeo de su hijo será sin costo para usted.

Parent/Guardian Signature Firma del Padre/Tutor

Date Fecha

Oral Health Assessment Form ENGLISH

California law (*Education Code* Section 49452.8) states your child must have a dental check-up by May 31 of his/her first year in public school. A California licensed dental professional operating within his scope of practice must perform the check-up and fill out Section 2 of this form. If your child had a dental check-up in the 12 months before he/she started school, ask your dentist to fill out Section 2. If you are unable to get a dental check-up for your child, fill out Section 3.

Section 1: Child's Information (Filled out by parent or guardian)

Child's First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child's birth date:
Address:			Apt.:
City:			ZIP code:
School Name:	Teacher:	Grade:	Child's Sex: ☐ Male ☐ Female
Parent/Guardian Name:	Child's race/ethnicity: ☐ White ☐ Black/African American ☐ Hispanic/Latino ☐ Asian ☐ Native American ☐ Multi-racial ☐ Other _____ ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ Unknown		

Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)

IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.

Assessment Date:	Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) ☐ Yes ☐ No	Visible Decay Present: ☐ Yes ☐ No	Treatment Urgency: ☐ No obvious problem found ☐ Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) ☐ Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)
Licensed Dental Professional Signature CA License Number Date			

Section 3: Waiver of Oral Health Assessment Requirement

To be filled out by parent or guardian asking to be excused from this requirement

Please excuse my child from the dental check-up because: (Check the box that best describes the reason)

- ☐ I am unable to find a dental office that will take my child's dental insurance plan.
My child's dental insurance plan is:
☐ Medi-Cal/Denti-Cal ☐ Healthy Families ☐ Healthy Kids ☐ Other _____ ☐ None
- ☐ I cannot afford a dental check-up for my child.
- ☐ I do not want my child to receive a dental check-up.
- Optional: other reasons my child could not get a dental check-up: _____

If asking to be excused from this requirement: ► _____
Signature of parent or guardian **Date**

The law states schools must keep student health information private. Your child's name will not be part of any report as a result of this law. This information may only be used for purposes related to your child's health. If you have questions, please call your school.

Return this form to the school *no later than May 31* of your child's first school year.
Original to be kept in child's school record.

FORM CONTINUES ON NEXT PAGE

NOTICE OF IMMUNIZATIONS NEEDED

Dear Parent/Guardian of: _____

Our records show that your child needs the following immunization(s) to meet the requirements of the California School Immunization Law Health and Safety Code Sections 120325-120375:

Vaccine	Doses:					Comments
POLIO	#1	#2	#3	#4		
DTP/DTaP/DT/Td	#1	#2	#3	#4	#5	
MMR	#1	#2				
Hib (childcare/preschool)	#1	#2	#3	#4		
HEPATITIS B	#1	#2	#3			
VARICELLA (chickenpox)	#1	#2				

YOU NEED TO DO ONE OF THE FOLLOWING IMMEDIATELY:

1. Take this form, along with your child's yellow California Immunization Record, to your doctor or the local health department to get needed immunization(s). Then bring us your child's updated immunization record so that we may update the student's file.
2. If your child's current immunization record shows (s)he has already received these immunization(s), bring us the record so we can update our files. For the immunizations circled above, your child's record must include a date and the medical provider's signature or stamp to verify each missing or unacceptable dose.
3. If any immunizations were not given to your child because of medical reasons, please bring us a letter signed by your doctor.
 - a. Letter must state:
 - I. That the physical or medical circumstances of the child are such that the required immunization(s) is not indicated.
 - II. Which vaccines are being exempted
 - III. Whether the medical exemption is permanent or temporary.
 - IV. The expiration date, if the exemption is temporary.

According to state law, unless we receive evidence that the above requirements are met by _____, YOUR CHILD WILL BE EXCLUDED from school/child care.
month | day / year

If you have any questions or require additional information, please call _____ Sincerely,

REPORT OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY

To protect the health of children, California law requires a health examination on school entry. Please have this report filled out by a health examiner and return it to the school. The school will keep and maintain it as confidential information.

PART I TO BE FILLED OUT BY A PARENT OR GUARDIAN

CHILD'S NAME—Last	First	Middle	BIRTH DATE—Month/Day/Year
ADDRESS—Number, Street	City	ZIP code	SCHOOL

PART II TO BE FILLED OUT BY HEALTH EXAMINER**HEALTH EXAMINATION**

NOTE: All tests and evaluations except the blood lead test must be done after the child is 4 years and 3 months of age.

REQUIRED TESTS/EVALUATIONS	DATE (mm/dd/yy)
Health History	/ /
Physical Examination	/ /
Dental Assessment	/ /
Nutritional Assessment	/ /
Developmental Assessment	/ /
Vision Screening	/ /
Audiometric (hearing) Screening	/ /
TB Risk Assessment and Test, if indicated	/ /
Blood Test (for anemia)	/ /
Urine Test	/ /
Blood Lead Test	/ /
Other	/ /

IMMUNIZATION RECORD

Note to Examiner: Please give the family a completed or updated yellow California Immunization Record.

Note to School: Please record immunization dates on the blue California School Immunization Record (PM 286).

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	First	Second	Third	Fourth	Fifth
POLIO (OPV or IPV)					
DtaP/DTP/DT/Td (diphtheria, tetanus, and [acellular] pertussis) OR (tetanus and diphtheria only)					
MMR (measles, mumps, and rubella)					
HIB MENINGITIS (Haemophilus Influenzae B) (Required for child care/preschool only)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Chickenpox)					
OTHER (e.g., TB Test, if indicated)					
OTHER					

PART III ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER (optional)**and RELEASE OF HEALTH INFORMATION BY PARENT OR GUARDIAN****RESULTS AND RECOMMENDATIONS**

Fill out if patient or guardian has signed the release of health information.

- ☐ Examination shows no condition of concern to school program activities.
- ☐ Conditions found in the examination or after further evaluation that are of importance to schooling or physical activity are: *(please explain)*

I give permission for the health examiner to share the additional information about the health check-up with the school as explained in Part III.

☐ Please check this box if you **do not** want the health examiner to fill out Part III.

Signature of parent or guardian

Date

Name, address, and telephone number of health examiner

Signature of health examiner

Date

If your child is unable to get the school health check-up, call the Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program in your local health department. If you do not want your child to have a health check-up, you may sign the waiver form (PM 171 B) found at your child's school.